

Title: Le Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques : comprendre *pourquoi* et *comment* une psychothérapie marche

Authors: J.-M. Thurin, M. Thurin

PII: S0003-4487(09)00366-7
DOI: doi:10.1016/j.amp.2009.12.005
Reference: AMEPSY 1107

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*

Communication

Le Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques : comprendre *pourquoi* et *comment* une psychothérapie marche

Psychotherapy practice-based research's network: Understanding *how* and *why* a psychotherapy works

J.-M. Thurin, M. Thurin

Auteur correspondant : Jean-Michel Thurin, 9 rue Brantôme, 75003 Paris, France

Adresse Email : jmthurin@internet-medical.com

Résumé

Cet article présente le Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapiques, les principes sur lesquels il s'appuie (contribuer à répondre à deux questions centrales, à la fois pour les pratiques et la recherche : « pourquoi et comment une psychothérapie marche », et adapter la méthodologie à la réalité clinique et non l'inverse), sa méthodologie innovante (étude intensive de psychothérapies réalisées dans des conditions naturelles, avec suivi de la chronologie des changements et mise en relation des résultats avec le processus de la psychothérapie), et son organisation (pôles thématiques, groupes de pairs, réunions de formations et de retours d'expériences, collaboration cliniciens/chercheurs).

Mots clés : Analyses qualitatives et quantitatives, Études pragmatiques de cas ; Évaluation processus/résultats ; Méthodologie ; Psychothérapie ; Recherche en psychothérapie ; Réseau de recherches fondées sur les pratiques ;

Abstract

This article presents 1) the Psychotherapy Practice-Based Research's Network, 2) the principles on which it is constructed: to contribute to answer two key questions for the practices and research: "Why and How a psychotherapy works" and to adapt methodology to clinical reality and not the reverse, 3) its innovating methodology: intensive study of psychotherapies carried out under natural conditions, with follow-up of the chronology of changes and correlation of the outcomes with the process of psychotherapy, and 4) its organization (thematic poles, groups of peers, meetings of formations and experience feedbacks, collaboration between clinicians and researchers).

Keywords: Intensive Case Study; Practice-Based Research Network; Pragmatic Case Studies; Psychotherapy Research; Single-Case Methodology

1. Introduction

Longtemps réservée à un nombre limité de personnes souffrant de troubles névrotiques ou du comportement, la psychothérapie est aujourd'hui pratiquée dans un champ psychopathologique beaucoup plus large. Ce champ inclut, en plus des troubles anxieux et dépressifs, les troubles graves de la personnalité, les addictions, les troubles des conduites alimentaires, les états traumatiques complexes, les troubles psychosomatiques, les troubles bipolaires, certains troubles psychotiques et certaines perversions. Et pourtant, paradoxalement, la psychothérapie est restée durablement en France un domaine de recherche empirique, négligé à la fois par les praticiens et par la recherche institutionnelle. Ce constat est d'autant plus étonnant que ses résultats concernent à la fois les pratiques, le progrès des connaissances et la formation.

2. Questions de départ et choix d'une méthodologie

La création en 2008 du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques (le RRFPP, ou plus simplement « le réseau » [15]) ouvre de nouvelles perspectives dans ces trois domaines. Le réseau s'appuie sur deux principes généraux. Le premier est que la question centrale de l'étude de la psychothérapie est aujourd'hui celle des processus de changement. Il n'est pas suffisant de constater que les personnes changent entre le début et la fin de la thérapie. Il est crucial de comprendre « pourquoi » et « comment » elles changent, et dans quelles conditions [9,13]. Le second principe est que la méthodologie doit être adaptée à la réalité clinique et non l'inverse, comme cela s'est produit avec les études de résultats classiques. La psychothérapie est un acte complexe qui concerne des patients complexes, champ qui n'est pas véritablement celui de la recherche interventionnelle. Ces deux principes nous ont conduit à sélectionner une méthodologie observationnelle, centrée sur le cas et mettant en relation les résultats avec le processus. Cette méthodologie permet à la fois une proximité avec la démarche clinique, une qualité d'observation plus fine et moins

globale que celle utilisée pour les études de résultats portant sur des groupes, et l'obtention d'un bon niveau de preuve [14,8].

Plus précisément, la méthodologie du réseau porte sur des psychothérapies menées de façon ordinaire en conditions naturelles. L'étude de chaque cas s'effectue à partir de notes extensives recueillies par le praticien au cours des trois premiers entretiens puis à trois, six, neuf et douze mois, données qui font l'objet d'analyses qualitatives et quantitatives à partir d'un travail mené en groupes de pairs. Ces analyses concernent à la fois les changements du patient, mais aussi la façon suivant laquelle ces changements se produisent et les conditions initiales qui les influencent (les modérateurs). Dans un deuxième temps, les cas sont réunis, ce qui permet des comparaisons entre cas analogues et la définition du caractère individuel ou plus général des résultats. Cette méthodologie est appliquée dans le cadre de trois pathologies : les troubles de la personnalité borderline, l'autisme et les troubles envahissant du développement, les troubles comportementaux et dépressifs dans la maladie d'Alzheimer.

La nature de cette méthodologie, qui part des pratiques, et son caractère innovant ont rendu encore plus nécessaire l'existence d'une collaboration soutenue et permanente entre cliniciens et chercheurs. Nous avons pu respecter ces conditions en concevant l'organisation du réseau sur la base d'une collaboration entre une structure professionnelle représentative de la profession, la Fédération Française de Psychiatrie, et une structure institutionnelle de recherche, l'unité 669 de l'Inserm.

3. Quelques précisions sur la méthodologie

Les « études de cas classiques » sont une des formes d'échanges et de transmission privilégiées des psychothérapies. Cependant, dans leur caractère habituel, elles présentent différentes limitations qui excluent leurs résultats des effets démontrés [11,4] : elles reposent sur la mémoire du thérapeute ou sur des notes brèves ; la sélection des données est réalisée par le thérapeute seul ; l'interprétation des données peut être biaisée par l'orthodoxie théorique régnante ; le contexte est insuffisamment décrit, pour permettre au lecteur d'accepter ou de réfuter la lecture du cas ; le thérapeute est la seule source des données.

La méthodologie du réseau permet de réduire ces limitations. Les « études intensives de cas » (ou « pragmatiques » ou « systématiques ») [3] reposent sur des notes extensives, complétées d'enregistrements audio chaque fois que c'est possible et que le patient est d'accord ; la sélection des données est prédéterminée, c'est-à-dire qu'elle se fait à dates fixes, et réalise ainsi un échantillonnage chronologique ; l'interprétation des données s'appuie sur

des instruments validés et plurithéoriques, et elle est issue d'évaluations croisées de cliniciens partageant souvent des références théoriques différentes ; le contexte est très enrichi, à la fois par la formulation de cas initiale, par la description chronologique de l'évolution, et par la discussion argumentée des cotations en groupes de pairs ; enfin, la nature même des données recueillies (à partir des entretiens) et les modalités de leur traitement font que la source des données est étendue.

La « formulation de cas initiale » est le premier temps de l'étude. Elle est le produit du processus d'intégration et d'organisation par le clinicien des données complexes que le patient lui livre quand il vient exposer son problème. Espace d'élaboration et d'hypothèses, ce temps prend en compte la diversité des signes, la dynamique des troubles et leurs relations. Il permet souvent de concevoir une perspective étiopathogénique à laquelle la thérapie peut répondre. C'est une ligne de base en même temps qu'une ouverture vers le futur [16]. Il existe différents modèles de formulation de cas. Nous avons choisi celui qui nous paraissait le plus synthétique et le plus concordant avec les pratiques françaises [12]. Il regroupe quatre axes :

• Définition des problèmes, symptômes, comportements actuels les plus manifestes ; fonctionnement psychologique ; histoire personnelle et familiale ; vulnérabilité et éléments précipitant ;

• Facteurs non dynamiques qui peuvent avoir contribué à ces problèmes (événements familiaux, socioculturels, financiers, maladie…) ;

• Intégration synthétique des données disponibles et hypothèses ouvrant à une compréhension de la problématique du cas et de la dynamique de son évolution. Éléments favorables et défavorables ;

• Première conception des buts (p.e., (re)construction de l'identité) et des objectifs intermédiaires de la psychothérapie (p.e., travailler sur les situations précipitantes, leurs relations avec l'histoire personnelle et les schémas…), et de la stratégie de départ pour les atteindre (établir une relation de confiance et de continuité…)

La « recherche de modérateurs » est un complément important de la formulation de cas. Les modérateurs recouvrent les données générales qui concernent le patient (par exemple, la gravité et l'ancienneté de ses troubles, l'existence et la qualité de ses relations interpersonnelles, etc.) et sa situation avant qu'il ne commence la thérapie. Ils sont souvent négligés par la recherche et le clinicien alors qu'ils prédisent une difficulté particulière de la psychothérapie ou constituent au contraire des conditions favorables de départ.

Le « processus de changement » du patient au cours de la psychothérapie est le domaine le plus difficile à appréhender. Il se manifeste à un double niveau, celui de la réalité « ordinaire (externe) », et celui de la réalité psychique, et à la fois en dehors et à l'intérieur de l'espace psychothérapique. Les « indicateurs de changement » permettent un suivi chronologique et dimensionnel de l'évolution dans ces deux espaces. Dans le premier, le changement se traduit au niveau de la réalité externe par une diminution de la gravité des symptômes, une amélioration de l'autonomie et des relations interpersonnelles, notamment familiales et sentimentales, et par un élargissement des investissements et des productions sociales. Au niveau de la réalité psychique, le changement peut être perçu dans la réduction de la souffrance jusqu'au sentiment d'aller bien, une souplesse du fonctionnement psychique et de l'expression affective, une meilleure compréhension de ses fonctionnements et de leurs racines (*insight*), un ajustement des mécanismes de défense et un renforcement des ressources. Ces changements s'expriment dans le récit du patient de ce qu'il vit, mais aussi à l'intérieur même de la psychothérapie, dans son activité mentale et relationnelle avec le thérapeute. Le cadre psychothérapique est aussi le lieu où se mettent en œuvre l'approche et les interventions du thérapeute (l'action thérapeutique). L'espace de la psychothérapie offre ainsi un condensé du processus de changement dont les principaux acteurs sont le patient et sa problématique, le thérapeute et sa technique, et leur interaction. Le modèle général de cette action thérapeutique n'est pas celui d'éléments qui interviennent les uns et les autres de façon isolée, ou simplement en interaction, mais d'un ensemble de « configurations » et de « régularités » qui évoluent en fonction du temps, du contexte et des événements de la psychothérapie. Les changements manifestes externes et ceux qui se produisent dans la psychothérapie même sont en relation mutuelle, et leur mise en relation renforce la valeur des observations issues de chaque champ.

Les « instruments d'analyse » qui ont été sélectionnés permettent d'appréhender les différents indicateurs et médiateurs de changement que nous venons de définir. Pour le pôle borderline qui nous servira d'exemple[1], ce sont l'Échelle Santé/Maladie (ESM) de Luborsky [10], les Échelles de Fonctionnement Psychodynamique (EFP) de Hoglend [5], et le Questionnaire de configuration du processus de la psychothérapie (PQS) de Jones [7].

En résumé, nous recueillons ainsi deux sortes de résultats. Les premiers concernent différentes dimensions qui décrivent « l'état » et le « fonctionnement » du patient à différents

[1] Les mêmes outils sont utilisés par le pôle Alzheimer et pour le pôle autisme, nous avons sélectionné l'Écart de Barthélémy, l'échelle de développement de Haag, et une adaptation de l'échelle de Jones adpté aux psychothérapies d'enfants, le CPQ.

moments de la psychothérapie. L'abord longitudinal permet de préciser l'intensité et la chronologie des changements et d'en questionner la logique. Les seconds concernent les caractéristiques de la psychothérapie et les figures de ses acteurs dans une présentation sous forme de configurations, dont certains éléments varient et d'autres restent stables, ce qui fait ressortir les grandes lignes d'une dynamique de changement.

4. L'analyse du processus

Voici maintenant quelques informations sur l'instrument de description du processus, son utilisation, et des exemples de ce qu'apporte l'analyse du processus et sa mise en relation avec les résultats.

Le PQS est constitué de 100 items, et son propos est de fournir un langage standardisé et une procédure de cotation qui permettent la description du processus de la thérapie et de son organisation. Les études évaluatives ont tenté pendant longtemps de trouver des associations simples et directes entre le processus (qui pouvait être réduit à l'application d'une intervention ou d'une technique) et les résultats, sans prendre en considération l'interaction complexe des multiples variables humaines qui interviennent dans la psychothérapie de la plupart des cas. Jones et al. ont conçu le PQS de telle façon qu'il intègre dans sa conception une complexité suffisante pour refléter de façon adéquate le phénomène qu'il tente d'évaluer. Il peut saisir les configurations ou les régularités caractéristiques du processus, et permet la découverte d'associations ou de relations significatives. Les variables observées s'inscrivent dans trois registres : le patient et sa réalité, le thérapeute et sa technique, et leur interaction. Les différents items peuvent aussi être regroupés en facteurs tels que la résistance du patient, les affects négatifs du patient, l'alliance thérapeutique.

L'utilisation du PQS est la suivante. Le principe général est de caractériser une séance de psychothérapie en cotant chacun des 100 items suivant son degré de concordance (de + 4 à - 4) avec les données recueillies (les notes extensives). Cette cotation est répétée à des intervalles réguliers (tous les trois mois dans notre étude).

Les 100 items sont ainsi classés en neuf sous-ensembles, dont la distribution est déterminée. Ce classement est la base de différentes opérations qui permettent de caractériser le processus puis d'étudier comment il peut intervenir dans les résultats, globalement, et à travers des éléments spécifiques.

• La première opération consiste à sélectionner les items les plus et les moins caractéristiques (26). Associés et ordonnés, ces items délivrent une configuration

caractéristique de la thérapie (profil) ; des sous-ensembles d'items peuvent apparaître et constituer des facteurs importants à prendre en compte (par exemple, la résistance du patient, l'alliance thérapeutique, la relation à la réalité).

• La deuxième opération est d'examiner comment évoluent les « profils » de la psychothérapie au fur et à mesure de sa progression. Cela concerne ce qui se modifie chez le patient et ses problèmes, mais également ce qui change parallèlement du côté du thérapeute, et de l'interaction patient/thérapeute. On considère également à cette étape les items stables (le « fond » de la psychothérapie). Il peut être aussi intéressant d'examiner le rapport que la psychothérapie entretient avec des « profils types ». Par exemple, la psychothérapie peut avoir initialement un profil plutôt « interpersonnel » et intégrer progressivement des éléments « psychodynamiques » et « cognitivo-comportementaux » [17].

• La suite de l'analyse est la corrélation des profils, de certains facteurs puis de chacun des items avec les résultats. Cette étape permet de déterminer à différents niveaux « ce qui est actif » et parfois de débusquer des variables « cachées » qui, sans appartenir à une approche spécifique, sont directement corrélées avec les résultats. L'exploration commune de l'émotion [2] et l'idéalisation du thérapeute [1] sont deux exemples de facteurs qui sont apparus être les plus probables dans l'interprétation du changement.

• Enfin, les profils peuvent être mis en relation avec des modérateurs ou des médiateurs particuliers (par exemple, la sévérité des troubles, le style du thérapeute). Cela ne donne pas seulement des observations sur la relation avec les résultats, mais aussi sur leur influence sur l'ajustement de l'approche.

La mise en relation des changements avec le processus qui les sous-tend permet de répondre à des questions qui ont pour les praticiens et sur un plan plus général une grande importance. Par exemple, est-ce que des praticiens de référence théorique différente réalisent vraiment des thérapies différentes ? Est-ce que les approches utilisées par des praticiens partageant la même référence théorique sont les mêmes, quelles que soient la nature des troubles qu'ils traitent et leur sévérité ? Et sinon, peut-on dire qu'elles sont ajustées aux besoins des patients ? Dans ce cas, dans quelle mesure ces « constructions uniques » rejoignent-elles des modalités d'approche antérieurement décrites [6] ? Est-ce que les caractéristiques de la psychothérapie se modifient au fur et à mesure de son déroulement ? Quel est le degré de concordance des psychothérapies mises en œuvre en conditions naturelles avec les modèles des principales approches ? Quels sont les changements profonds susceptibles de se produire chez un patient au cours de la psychothérapie ? Peut-on préciser

les facteurs déterminants de l'alliance thérapeutique ? Quelle est l'influence des résistances, des affects négatifs et, dans un autre registre, des choix techniques sur les résultats ?

Les études qui ont abordé ces questions font apparaître que l'approche du praticien dépend beaucoup de l'état du patient et de son évolution. Elles soulignent le rôle de l'interaction et de variables spécifiques comme l'attention portée aux expressions émotionnelles, sur les résultats. Autrement dit, il n'y a pas vraiment de thérapie « pure », il existe un ajustement clinique aux besoins psychologiques du patient et l'action thérapeutique peut se situer dans des variables qui ne sont pas a priori les plus visibles. Cela ne représente évidemment qu'un aperçu.

Une partie de ces résultats peut être obtenue dès l'analyse du cas isolé, et ils sont très intéressants pour le praticien. Il faut ajouter à ce premier bénéfice le caractère très stimulant et formateur des discussions du groupe de pairs à propos du choix des cotations, temps au cours duquel le patient, sa problématique et ses interactions avec le thérapeute se dessinent avec une grande netteté.

5. Pour terminer, quelques mots sur l'« organisation et la vie du réseau »

Le réseau est coordonné par B. Falissard et J.-M. Thurin. Les trois pôles d'études (Borderline, Autisme et Alzheimer) sont respectivement coordonnés par M.-C. Cabié, D. Cohen et J.-M. Thurin, B. Golse, C. Barthélémy et G. Haag, Ph. Robert, T. Gallarda et Ph. Guillaumot. M. Thurin assure le suivi méthodologique des études et les relations avec les groupes de pairs et les cliniciens. Le plan d'analyse statistique est placé sous la responsabilité de B. Falissard. Il est construit et testé au cours de réunions hebdomadaires de cliniciens (J.-M. et M. Thurin), et de la statisticienne (T. Baroukh), à partir des données des études pilotes déjà réalisées, de la littérature, des retours d'expériences et des premières évaluations du réseau.

Des réunions régulières sont réalisées pour chacun des pôles. Elles sont consacrées, d'une part, à la formation à la méthodologie et à la passation des instruments, et, d'autre part, à des retours d'expériences qui permettent de faire le point sur l'avancée des études et les problèmes rencontrés. Une ou deux réunions annuelles sont organisées avec l'ensemble des participants.

Une documentation sur le descriptif méthodologique et scientifique des études est accessible à partir du site internet dédié au réseau (http://www.techniques-psychotherapiques.org/reseau). Les membres du réseau peuvent y trouver une synthèse

méthodologique, des formations en ligne à la passation des instruments et tous les outils nécessaires qui peuvent être téléchargés. Par ailleurs, *Pour la recherche*, bulletin de la FFP, a dédié plusieurs de ses numéros à des synthèses du programme et de sa réalisation.

Actuellement, environ 200 cliniciens se sont inscrits dans le réseau. Une quarantaine de groupes de pairs se sont constitués et ont engagé des patients. Nous espérons bien que le mouvement va se poursuivre et s'amplifier. Deux extensions européennes sont en cours (Italie et Royaume-Uni). Le réseau bénéficie d'un budget Inserm accordé à la suite de sa sélection, et d'une subvention de la DGS.

6. Conclusion

La psychiatrie est une discipline clinique qui doit pouvoir bénéficier de recherches structurées, adaptées aux traitements qu'elle prodigue. La psychothérapie est au cœur de la pratique psychiatrique. Les études pragmatiques de cas sont particulièrement adaptées à l'évaluation de la psychothérapie des cas complexes et pour répondre aux questions « Pourquoi » et « Comment » une psychothérapie marche. Ces questions sont centrales pour le progrès des connaissances et des pratiques. Leurs principales limites se situent dans la possibilité de généraliser les résultats obtenus à partir de cas isolés. Le réseau permet de réunir des données à partir d'une méthodologie unique et contrôlée.

La méthodologie appliquée dans le réseau ne modifie que de façon infime le processus naturel de la cure. Elle permet de suivre les changements qui se produisent chez un patient dans des conditions ordinaires de traitement et de les mettre en relation avec les caractéristiques de la psychothérapie qui les a permis. Les instruments utilisés ont été soigneusement choisis en fonction de leur pertinence et de la précision de leurs réponses aux questions posées.

L'étude associe cliniciens et chercheurs. Cette collaboration doit permettre de répondre à des questions cliniques telles que : est-ce que mon patient change ? Qu'est-ce qui se modifie chez lui ? Quelles sont les caractéristiques de la psychothérapie à ses différentes étapes ? Son évolution a-t-elle une relation avec celle de mon patient ? Comment font les autres praticiens dans une situation analogue ? Quels résultats obtiennent-ils ? Etc.

La mise en relation de psychothérapies de patients « analogues », au sens clinique et psychopathologique du terme, devrait permettre également d'analyser les communautés et les différences entre cas et de définir des configurations favorables ou au contraire défavorables pour l'amélioration. Il s'agit à la fois d'une étude « un cas après l'autre », et d'une étude

« chaque cas participe à la compréhension des autres ». Elle contribue ainsi à la fois au progrès des connaissances et à la qualité des pratiques.

Conflit d'intérêt : à compléter par l'auteur

Références

[1] Ablon JS, Jones EE. Psychotherapy Process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1999;67:64–75.

[2] Coombs MM, Coleman D, Jones EE. Working with feelings: The importance of emotion in both cognitive-behavioral an interpersonal therapy in the NIMH treatment of dépression collaborative research program. Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training 2002;39:233–44.

[3] Fishman DB. Transcending the efficacy versus effectiveness research debate: proposal for a new, electronic "Journal of Pragmatic Case Studies". Prev Treat 2000;3 (http://journals.apa.org/prevention/volume3/toc-may03-00.html).

[4] Grünbaum A. Les fondements de la psychanalyse. Paris: PUF; 1996.

[5] Hoglend P, Bogwald KP, Amslo S, Heyerdahl O, Sorbye O, Marble A, et al. Assessment of change in dynamic psychotherapy. J Psychother Pract Res 2000;9:190–19.

[6] Jones EE, Gumming JD, Horowitz MJ. Another Look at the Nonspecific Hypothesis of Therapeutic Effectiveness. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1988;56:48–55.

[7] Jones EE. Psychotherapy Process Q-set (PQS). In Therapeutique Action, Jason Aronson Inc., 2000.

[8] Kazdin AE, Nock MK. Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: Methodological issues and research recommendations. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2003;44:1116–29.

[9] Louranceau JP, Hayes AM, Feldman GC. Some methodological and statistical issues in the study of change processes in psychotherapy. Clinical Psychology Review 2007;27:682–695.

[10] Luborsky L. Clinicians'judgements of mental health: specimen case descriptions and forms for the Health-Sickness Rating Scale. Bull Menninger Clin 1975;35:448–80.

[11] Messer SB. Psychoanalytic case studies and pragmatic case study method. Pragmatic Case Studies in Psychotherapy 2007;3:55–8.

[12] Perry S, Cooper AM, Michels R. The psychodynamic formulation: Its purpose, structure, and clinical application. Am J Psychiatry 1987;144:543–50.

[13] Psychotherapeutic Interventions: How and Why They Work. Séminaire du NIMH, décembre 2002 (traduction sur www.techniquespsychotherapiques.org).

[14] Thurin JM, Briffault X. Distinction, limites et complémentarité des recherches d'efficacité potentielle et d'efficacité réelle : nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie. L'Encéphale 2006;32:402–12.

[15] Thurin JM, Danion JM, Falissard B. Réseau de Recherches Fondées sur les pratiques psychothérapiques. Pour la Recherche 2007;55:1–16.

[16] Thurin JM, Thurin M. Évaluer les psychothérapies : méthodes et pratiques. Paris: Dunod; 2007.

[17] Thurin M, Journet F, Malempré M. Suivi d'un cas pendant un an. Pour la recherche 2009;3:2–3.

Discussion

Pr M. Laxenaire – Je voulais féliciter J.-M. Thurin pour son exposé et lui poser deux questions.

• Le terme de psychothérapie est un peu vague et j'aurais voulu savoir de quelle psychothérapie il s'agit : psychanalytique, cognitiviste, familiale, de groupe, etc. ? En bref, dans quel contexte théorique se situe-t-elle ?

• J'aurais aimé voir le système de cotation qui a été évoqué.

Réponse du Rapporteur – Un des résultats secondaires de la grande étude du NIMH sur l'évaluation des traitements de la dépression dirigée par I. Elkin a été de démontrer que, même dans des conditions de respect extrême des manuels définissant la thérapie testée par des cliniciens chevronnés (dans ce cas, cognitivo-comportementale et interpersonnelle), la thérapie qui était réellement pratiquée n'était pas « pure ». Depuis, de nombreuses études ont montré qu'il existait un ajustement par les praticiens de leur technique de référence en fonction des caractéristiques de leurs patients, qu'il s'agisse par exemple de la nature de leurs troubles, de leur gravité ou de certains traits de leur personnalité. Inversement, des psychothérapies appliquées de façon rigide produisent de moins bons résultats que des psychothérapies « ajustées ». On sait également que, dans les psychothérapies de troubles

complexes, on peut distinguer différentes étapes où l'approche se modifie en fonction des progrès du patient. Cela ne signifie pas que les psychothérapies pratiquées par des praticiens de référence différente soient les mêmes (elles sont en fait très différentes), mais cela signifie en revanche qu'il est nécessaire d'aller plus loin qu'une référence théorique ou à un manuel si l'on veut connaître quels sont véritablement les principaux ressorts de l'action thérapeutique de la psychothérapie au cours de son déroulement pour la grande majorité des patients qui y recourent. Les recommandations sont donc maintenant d'associer l'étude du processus à celle des résultats. Cela concerne les thérapies individuelles, mais aussi les thérapies familiales et de groupe. Cette approche peut se situer à différents niveaux de complexité, depuis la « simple » analyse longitudinale des changements jusqu'à la prise en compte des interactions psychothérapiques. Elle n'a évidemment d'intérêt que si l'on définit à la fois suffisamment le cas lui-même, les conditions générales, les aspects contextuels et les résultats à différents temps de la psychothérapie pour pouvoir définir les couples facteur/résultat favorables ou défavorables dans une configuration donnée, éléments qui faisaient défaut dans les études de groupes classiques. C'est l'approche méthodologique que nous avons sélectionnée qui permet par ailleurs que les cas suivis soient ensuite réunis dans une base pour permettre des comparaisons des profils d'évolution de cas analogues. Pour répondre plus directement à ta question, nous sommes dans un cadre méthodologique où les psychothérapies ne sont plus seulement définies suivant un modèle idéal, mais aussi selon la façon dont elles sont mises en œuvre par des praticiens ou une équipe clinique chevronnés dans des conditions naturelles. L'écart à une technique idéale n'est pas dans ces conditions « un défaut » mais un ajustement, voire une variante, dont il faut ensuite évaluer la pertinence à partir de plusieurs cas analogues et dans des situations comparables.

En ce qui concerne le système de cotation qui a été évoqué, il repose sur le processus suivant : les cliniciens se regroupent par trois en groupes de pairs (directement ou avec l'aide du réseau). La cotation est réalisée par chacun des trois cliniciens à partir des notes extensives recueillies par le thérapeute. Les cotations sont ensuite comparées et discutées à partir du matériel pour arriver à un accord de cotation. Cela permet de respecter le déroulement normal de la psychothérapie, donne une validité à la cotation et est l'occasion d'une discussion clinique très précise et vraiment intéressante. Concernant les échelles de résultats (ESM et EFP), elles ont été choisies pour leur signification clinique, leur simplicité de passation, leur caractère multidimensionnel et leur éclairage du passage d'un trouble installé à la santé. Dans le pôle autisme, nous avons associé une échelle symptômes et comportements et une échelle de développement, ce qui permet aussi de suivre les changements dans huit dimensions.

L'analyse longitudinale du processus de changement introduit déjà des hypothèses théoriques. Cette approche est complétée par l'analyse du processus interne de changement dans la psychothérapie à partir d'un instrument, le PQS pour les adultes et sa version enfants le CPQ, qui est un descripteur du processus à la fois très parlant au niveau clinique et plurithéorique, dans le sens où il intègre des descriptifs caractéristiques des différentes approches dans ses items. Il permet de rechercher les facteurs actifs d'une psychothérapie de façon ouverte et commence aussi à être utilisé comme instrument de formation. Nous allons publier la version française de cet instrument, avec son manuel d'utilisation, dans le prochain numéro (61) de *Pour la recherche*, et, par ailleurs, il existe une présentation de cet instrument, comme des autres, sur le site du réseau (http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/BoiteOutils.html.

Pr J.-D. Guelfi – Pour certains psychanalystes, il y a lieu de distinguer, voire d'opposer psychanalyse et psychothérapie. Pour d'autres spécialistes, la psychanalyse est une variété de psychothérapie. Quel est ton sentiment à ce sujet ?

Réponse du Rapporteur – La réponse de Freud à ta question est sans ambiguïté, depuis ses premiers écrits jusqu'aux derniers : la psychanalyse est une psychothérapie. Dans sa conférence de 1904, Freud se pose même comme un défenseur de « la cause de la psychothérapie », ce qui prend évidemment une tonalité particulière dans le contexte que nous avons traversé. Cela ne signifie pas pour autant que toutes les psychothérapies reposent sur des principes communs. En particulier, la psychanalyse se distingue de la thérapie cognitivo-comportementale en ce qu'elle accompagne le processus de pensée du patient et ne s'y substitue pas. C'est une différence assez radicale. Par rapport aux thérapies systémiques, il est également assez évident que la place donnée au sujet dans la dynamique familiale n'est pas la même. Si l'on prend l'exemple des thérapies interpersonnelles, elles sont centrées sur l'actuel, alors que la psychanalyse met en relation l'actuel avec l'histoire de la personne. Tout cela constitue des différences de fond, ce qui n'empêche évidemment pas qu'au cours d'une psychothérapie psychanalytique on parle des relations avec les autres. Par ailleurs, il y a à l'intérieur même de la psychanalyse des aspects qui sont présentés actuellement comme des techniques spécifiques. C'est le cas, par exemple, de la catharsis, avec la différence ici encore qu'elle s'intègre dans le processus naturel d'expression de la cure plutôt que d'être activée, comme c'est le cas dans ces techniques, sans prise en compte du contexte psychique de la personne. Ta question renvoie également à un autre aspect qui est celui de la psychanalyse

parmi les psychothérapies psychanalytiques. Mon sentiment à ce sujet rejoint celui de beaucoup d'autres, à savoir que la cure classique correspond très bien aux patients dont la problématique centrale est celle du conflit psychique. En revanche, chez des patients qui présentent des troubles grave de l'identité, de la relation, de l'émotion et souvent de la pensée, comme c'est le cas dans les troubles graves de la personnalité et dans les conséquences des traumatismes complexes, d'autres formes de psychothérapies psychanalytiques ont été développées, qui n'ont pas à être situées au second plan par rapport à l'idéal de la cure type. Ce sont de véritables variantes, adaptées aux tableaux psychopathologiques des patients, qui sont mises en œuvre par les psychanalystes. Il peut y avoir des passages de l'une à l'autre au cours du processus de la psychothérapie. Il y a encore beaucoup de recherches à faire dans ce cadre pour préciser les contours de ces variantes en relation à des tableaux cliniques bien identifiés, recherches qui conduisent également à aborder les hypothèses et les modèles théoriques qui les sous-tendent. C’est l’avenir des recherches en psychothérapie.